Advies Kwaliteitsstatuut GGZ en Wmg

AAN Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

VAN J.J. Rijken en K.D. Meersma, advocaten

DATUM 18 april 2016

ONS KENMERK 266542

Samenvatting

Dit advies beantwoordt de vraag of de NZa het voldoen aan het Model Kwaliteitsstatuut GGZ of aan bepaalde elementen daaruit als voorwaarde voor het declareren van GGZ kan stellen door (i) het onderdeel te maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ dan wel (ii) het als voorschrift of beperking op te nemen in een declaratieregel voor GGZ.

De NZa mag haar bevoegdheid tot het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven niet gebruiken voor een ander doel dan waarvoor die bevoegdheid is verleend. De voor dit advies relevante doelen van prestatie- en tariefregulering zijn een doelmatige organisatie van zorg en kostenbeheersing. Het waarborgen van minimumnormen voor de kwaliteit van zorg behoort niet tot de doelen van prestatie- en tariefregulering.

Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ is in essentie een kwaliteitsdocument. Dat blijkt uit de naam "Kwaliteitsstatuut", uit de doelstellingen en uit de uitwerking van die doelstellingen. Omdat het Model als geheel niet voldoende samenhangt met de hiervoor genoemde reguleringsdoelen, is de NZa niet bevoegd het voldoen aan het Model als geheel onderdeel te maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ.

Het Model wijst beroepsbeoefenaren aan die in verschillende situaties als regiebehandelaar kunnen optreden. Ook beschrijft het Model dat gedurende de behandeling regelmatig meting van effecten moet plaatsvinden. Deze elementen hangen voldoende samen met de doelmatige organisatie van zorg, zodat de NZa ze onderdeel kan maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ.

De declaratieregels van de NZa gaan over de wijze waarop zorg wordt gedeclareerd. Het Model Kwaliteitsstatuut GGZ heeft betrekking op de inhoud van GGZ en niet op de wijze waarop die wordt gedeclareerd. De NZa is daarom niet bevoegd het voldoen aan het Model als geheel als voorschrift of beperking op te nemen in een declaratieregel voor GGZ.

I Inleiding

De Commissie Hoofdbehandelaarschap GGZ heeft in mei 2015 het rapport "Hoofdbehandelaarschap GGZ als noodgreep" ("**Rapport**") uitgebracht. Het Rapport vloeit voort uit een bestuurlijk akkoord tussen organisaties van zorgaanbieders in de geestelijke gezondheidszorg ("**GGZ**"), cliënten en zorgverzekeraars en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ("**VWS**").[1]

Het Rapport bevat de aanbeveling niet langer de term hoofdbehandelaar te gebruiken, maar die te vervangen door "regiebehandelaar". Dit is de beroepsbeoefenaar die belast is met de regie van de behandeling van de cliënt. De regiebehandelaar is niet uitsluitend een manager; hij heeft een betekenend aandeel in de feitelijke behandeling.

Het Rapport stelt voor de taken van de regiebehandelaar in te bedden in een "goed verankerd relevant professioneel netwerk".[2] Bij de verlening van specialistische GGZ zal dit netwerk de vorm hebben van een multidisciplinair behandelteam binnen de organisatie van de zorgaanbieder, bij de verlening van generalistische basis-GGZ en andere vormen van GGZ zal het netwerk de vorm kunnen aannemen van samenwerkingsafspraken tussen zorgaanbieders.[3]

Het Rapport bevat tot slot het advies dat deze en andere relevante aspecten van de zorgverlening worden vastgelegd in een "kwaliteitsstatuut". Het kwaliteitsstatuut "geeft de kaders aan waarbinnen de zorg binnen de GGZ wordt verleend en beschrijft de te onderscheiden verantwoordelijkheden met de daarbij behorende rechten en plichten van de betrokken zorgverleners, ongeacht of zij alle verbonden zijn aan één en dezelfde instelling".[4]

Na de publicatie van het Rapport heeft een aantal organisaties het initiatief genomen om een landelijk model voor het kwaliteitsstatuut op te stellen. De betrokken partijen hebben in februari 2016 overeenstemming bereikt over het "Model Kwaliteitsstatuut GGZ" ("**Model**"). Het Zorginstituut Nederland ("**ZiN**") heeft het Model in maart 2016 opgenomen in zijn register van professionele standaarden.[5] Daardoor maakt het voldoen aan het Model deel uit van de norm "goede zorg" uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg ("**Wkkgz**").[6]

[1] *Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg 2014-2017.*

[2] *Rapport, p. 39.*

[3] *Rapport, p. 26-27.*

[4] *Rapport, p. 25.*

[5] *Het register wordt bijgehouden op grond van artikel 66b Zorgverzekeringswet ("**Zvw**").*

[6] *Artikel 2 lid 2 aanhef en onder b Wkkgz.*

Het vaststellen van kwaliteitsstatuten op basis van het Model zou kunnen worden bevorderd door de mogelijkheid om voor GGZ declaraties aan zorgverzekeraars of cliënten te sturen afhankelijk te stellen van het voldoen aan het Model of aan elementen daaruit. De vraag is gerezen of dit juridisch mogelijk is.

Het ministerie van VWS heeft ons daarom de volgende vraag voorgelegd: kan de NZa het voldoen aan het Model of aan bepaalde elementen daaruit als declaratievoorwaarde vaststellen door

1. dat, al dan niet als voorschrift of beperking, onderdeel te maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ dan wel
2. dat als voorschrift of beperking op te nemen in een declaratieregel voor GGZ?

De adviesvraag is toegelicht in een overleg met medewerkers van het ministerie van VWS. Conceptversies van het advies zijn besproken met medewerkers van het ministerie van VWS en van de NZa.

De vraag wordt in dit advies beantwoord.

II Juridische context

II.1 Prestatie- en tariefregulering

De Wet marktordening gezondheidszorg ("**Wmg**") verleent aan de NZa de bevoegdheid tot het vaststellen van tarieven en prestatiebeschrijvingen.[7] Het is zorgaanbieders verboden prestaties of tarieven in rekening te brengen die afwijken van de prestatiebeschrijvingen of tarieven die de NZa heeft vastgesteld.[8]

De NZa kan aan de vaststelling van een prestatiebeschrijving of tarief voorschriften en beperkingen verbinden.[9]

Het is zorgverzekeraars niet toegestaan tarieven te betalen of vergoeden die afwijken van de door de NZa vastgestelde tarieven.[10] Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen "geen rechten ontlenen" aan overeenkomsten die afwijken van de door de NZa vastgestelde prestatiebeschrijvingen of tarieven.[11]

De Wmg bevat geen inhoudelijke normering van de vast te stellen prestatiebeschrijvingen en tarieven. Wel is de NZa verplicht beleidsregels vast te stellen over haar bevoegdheid tot prestatie- en tariefregulering.[12] De minister van VWS kan aan de NZa algemene aanwijzingen geven over deze bevoegdheid.[13] Bepaalde ingrijpende wijzigingen van haar beleidsregels kan de NZa niet uitvoeren zonder een daartoe strekkende algemene aanwijzing van de minister.[14]

De NZa mag haar bevoegdheid tot het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven niet gebruiken voor een ander doel dan waarvoor die bevoegdheid is verleend.[15] Om te beoordelen welke grenzen deze regel stelt aan de prestatie- en tariefregulering van de NZa, is het nodig te onderzoeken wat de doelen zijn van deze regulering.

[7] Artikel 50 lid 1 Wmg. De bevoegdheid heeft uitsluitend betrekking op "zorg", gedefinieerd in artikel 1 aanhef en onder b Wmg.
[8] Artikel 35 lid 1 Wmg.
[9] Artikel 50 lid 3 Wmg.
[10] Artikel 35 lid 3 Wmg.
[11] Artikel 35 lid 4 Wmg.
[12] Artikel 57 Wmg.
[13] Artikel 7 lid 1 aanhef en onder b Wmg.
[14] Artikel 59 Wmg.
[15] Verbod op détournement de pouvoir, artikel 3:3 Algemene wet bestuursrecht.

Deze doelen blijken uit de memorie van toelichting op de "Wtg ExPres", een wijziging van de Wet tarieven gezondheidszorg ("**Wtg**") die in 2005 in werking is getreden. De doelen zijn:
1. uniforme procedures voor een transparante totstandkoming van tarieven,
2. evenwichtige tarieven,
3. een doelmatige organisatie van zorg en
4. kostenbeheersing.[16]

Het eerste doel, uniforme procedures, is van procedurele aard. Met het tweede doel, evenwichtige tarieven, wordt onder meer beoogd dat de tarieven voor verschillende categorieën zorgaanbieders zo veel mogelijk op dezelfde wijze worden bepaald.[17] Dit doel impliceert ook dat de door de NZa vastgestelde tarieven zorgaanbieders de mogelijkheid moeten bieden op kostendekkende wijze zorg te verlenen.[18] Deze twee doelen zijn voor het beantwoorden van de adviesvraag niet van belang. Zij blijven daarom verder buiten beschouwing.

De bepalingen over prestatie- en tariefregulering zijn uit de Wtg "overgebracht" naar de Wmg, die in 2006 in werking is getreden.[19] Er zijn geen aanwijzingen dat bij de overgang naar de Wmg de doelen van deze regulering zijn gewijzigd.[20] Ook een latere herschikking van de bepalingen over prestatie- en tariefregulering heeft niet voor een wijziging van de doelen gezorgd.[21]

De slotsom is dat de NZa haar bevoegdheid tot vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven uitsluitend mag gebruiken ten behoeve van een doelmatige organisatie van zorg en kostenbeheersing.

[16] *Kamerstukken II 2003/04, 29379, 3, p. 9.*

[17] *G.R.J. de Groot, Tarieven in de gezondheidszorg (diss. Utrecht), Deventer: Kluwer 1998, p. 29-30.*

[18] *Bijv. CBb 18 december 2003, ECLI:NL:CBB:2003:AO0546; CBb 18 juni 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BJ0630.*

[19] *Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3, p. 67. Zie ook CBb 18 juni 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BJ0630, r.o. 5.2.*

[20] *De considerans van de Wmg vermeldt dat regels over marktontwikkeling, marktordening en markttoezicht wenselijk zijn "mede met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van de zorg en de beheersing van de kostenontwikkeling van de zorg". Door toevoeging van de woorden "mede" en "doeltreffend" lijkt de considerans een ruimer doel te formuleren dan de eerder genoemde documenten. Dit doel heeft echter betrekking op het geheel van regels op grond van de Wmg en niet specifiek op de prestatie- en tariefregulering. De parlementaire behandeling biedt voorts geen aanknopingspunt voor een verruiming van de doelen van de prestatie- en tariefregulering.*

[21] *Kamerstuknummer 32393.*

II.2 Regulering van de declaratiewijze

De NZa heeft voorts de bevoegdheid regels vast te stellen over de declaratiewijze (declaratieregels). Deze regels kunnen onder meer betrekking hebben op de vragen

- aan wie of door wie tarieven in rekening worden gebracht,
- aan wie een in rekening gebracht tarief mag worden betaald en
- door wie opbrengsten van tarieven moeten worden ingehouden of overgedragen.[22]

Declaratieregels kunnen voorwaarden, voorschriften of beperkingen bevatten.[23]

Ook de doelen van de bevoegdheid tot het vaststellen van declaratieregels blijken uit de memorie van toelichting op de Wtg ExPres. Deze doelen zijn:

1. de transparantie van het declaratieverkeer,
2. het tot stand brengen van gewenste dienstverlening, zoals huisartsendienstenstructuren of het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf en
3. het terugdringen van administratieve lasten.[24]

Deze doelen zijn door de inwerkingtreding en latere wijzigingen van de Wmg evenmin gewijzigd.[25]

[22] *Artikel 37 lid 1, aanhef en onder a, b en c Wmg.*

[23] *Artikel 37 lid 1, aanhef Wmg.*

[24] *Kamerstukken II 2003/04, 29379, 3, p. 58.*

[25] *De passage waarnaar noot 24 verwijst, is woordelijk herhaald in Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3, p. 61-62.*

II.3 Wmg en kwaliteit

Uit de voorgaande paragrafen blijkt dat het waarborgen van minimumnormen voor de kwaliteit van zorg niet tot de doelen van de prestatie- en tariefregulering of de regulering van de declaratiewijze op grond van de Wmg behoort.

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wmg heeft de regering een aantal malen bevestigd dat de NZa niet belast is met het toezicht op en de handhaving van de kwaliteit van zorg:

> "De manier waarop publieke belangen borgen ligt vast in verschillende wetten met onderscheiden toezichthouders. Zo ligt het toezicht op de kwaliteit van de zorg bij de IGZ. Het zorgspecifieke toezicht op de markten wordt bij de NZa gelegd. IGZ en NZa hebben ieder hun eigen expertise en eigen rol. De IGZ en niet de NZa is opgericht om de kwaliteit te bewaken. Als om welke reden dan ook die kwaliteit onder de maat is, is het de IGZ die moet ingrijpen."[26]

Tijdens de parlementaire behandeling van de Wkkgz heeft de regering uiteengezet dat de taakverdeling tussen de NZa en de Inspectie voor de Gezondheidszorg ("**IGZ**") door die wet niet wordt gewijzigd:

> "De Wkkgz is een samenvoeging en een aanscherping van de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector. De IGZ is ook nu al de toezichthouder op deze beide wetten en ook de bevoegdheid tot het geven van aanwijzingen en het opleggen van sancties blijft onveranderd bij de Minister. De regering ziet geen noodzaak om dit te wijzigen, zeker ook omdat de NZa geen expertise heeft op het gebied van kwaliteitstoezicht en toezicht op de wet klachtrecht cliënten zorgsector."[27]

De bevoegdheden van de NZa op grond van de Wmg hebben wel andere raakvlakken met de kwaliteit van zorg. Deze raakvlakken komen hierna beknopt aan de orde.

[26] *Kamerstukken II 2005/06, 30186, 53, p. 1. Zie ook Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3, p. 56; 4, p. 9; 8, p. 19-20; Kamerstukken I 2005/06, 30186, D, p. 39; F, p. 6. Dit sluit aan op uitlatingen van de regering tijdens de parlementaire behandeling van de Wtg. Zie hierover G.R.J. de Groot, Tarieven in de gezondheidszorg (diss. Utrecht), Deventer: Kluwer 1998, p. 32 en 39, onder verwijzing naar Kamerstukken II 1979/80, 14182, 9, p. 3 en 21; 13, p. 1-2.*

[27] *Kamerstukken I 2013/14, 32402, M, p. 34. Zie ook Kamerstukken I 2013/14, 32402, I, p. 21-22.*

In de eerste plaats beschikt de NZa over bevoegdheden op het gebied van informatievoorziening ("transparantie") van zorgaanbieders over de kwaliteit van de door hen verleende zorg. De NZa kan over deze informatievoorziening regels stellen met het oog op onder meer de inzichtelijkheid en vergelijkbaarheid van de beschikbaar te stellen informatie.[28] Het niet voldoen aan deze regels leidt er niet toe dat de zorgaanbieder de betreffende zorg niet kan declareren. Wel kan de NZa bij overtreding van de regels handhavingsmaatregelen treffen.[29]

Als zorgaanbieders of anderen niet voldoende informatie over de kwaliteit van door zorgaanbieders verleende zorg openbaar maken, kan de NZa dat zelf doen.[30] De NZa kan daartoe echter geen eigen onderzoek naar de kwaliteit doen. De Wmg schrijft voor dat de NZa het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van zorg volgt.[31]

In de tweede plaats kan de NZa in het kader van haar taak op het gebied van marktonderzoek beoordelen hoe de kosten en prijzen van zorg zich "mede in relatie tot de kwaliteit" ontwikkelen.[32] Ook in dit geval kan de NZa geen eigen kwaliteitsonderzoek doen: op basis van het oordeel van de IGZ over de kwaliteit van bepaalde zorg beoordeelt de NZa dan de prijs die daarvoor wordt gevraagd. De achtergrond van deze oordeelsvorming is de volgende:

> "Voor de kiezende consument als zorgvrager en verzekerde is dit van belang. De burger wil namelijk niet alleen geïnformeerd kunnen worden of de zorg aan de minimumkwaliteitseisen voldoet en blijft voldoen, maar ook wat er verder nog te kiezen is aan zorg die meer dan dat biedt, al dan niet tegen een hogere prijs. Met betrekking tot de minimumkwaliteitseisen en prestatiecriteria daarvoor, volgt de [NZa] de IGZ."[33]

[28] *Artikel 38 lid 7 Wmg. Zie ook het tweede deel van de considerans van de Wmg.*

[29] *Artikelen 76 (aanwijzing), 82 (last onder bestuursdwang of dwangsom) en 85 (bestuurlijke boete) Wmg. Zie ook Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3, p. 56, 58-59; 8, p. 19-20; Kamerstukken I 2005/06, 30186, F, p. 6.*

[30] *Artikel 38 lid 5 en 6 Wmg.*

[31] *Artikel 19 Wmg.*

[32] *Artikel 32 lid 2 aanhef en onder e Wmg.*

[33] *Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3, p. 58-59. Zie ook Kamerstukken II 2004/05, 30186, 3, p. 56; 8, p. 19-20; Kamerstukken I 2005/06, 30186, F, p. 6.*

In de derde plaats heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven ("**CBb**") de bevoegdheid tot tariefregulering op grond van de Wmg begrensd in die zin dat de aanwending van deze bevoegdheid niet als gevolg mag hebben dat de kwaliteit van zorg in het geding komt. Het CBb gebruikt in dit kader vaak de formulering dat de kwaliteit van zorg een "ondergrens" dan wel een "gegeven" voor de tariefregulering vormt.[34]

Voor de bevoegdheid tot prestatieregulering heeft het CBb tot nu toe niet een dergelijke begrenzing geformuleerd. In dit opzicht is de relatie tussen de kwaliteit van zorg en de prestatieregulering minder uitgekristalliseerd dan de relatie tussen de kwaliteit van zorg en de tariefregulering. Wij achten het aannemelijk dat ook de prestatieregulering op grond van de Wmg niet als gevolg mag hebben dat de kwaliteit van zorg in het geding komt.

[34] *Zie bijv. CBb 27 september 2005, RZA 2005, 204; CBb 30 december 2009, ECLI:NL:CBB:2009:BL5599. Zie ook G.R.J. de Groot, Tarieven in de gezondheidszorg (diss. Utrecht), Deventer: Kluwer 1998, p. 371-372. Deze begrenzing kan in verband worden gebracht met het doel "evenwichtige tarieven", zie noot 18. Ook de plaats van de Wmg in het stelsel van gezondheidszorgwetgeving maakt deze begrenzing voor de hand liggend. Nu de wetgever heeft voorzien in wetgeving waarin de rechten van burgers op bepaalde zorg (Zvw, Wet langdurige zorg) en de minimale kwaliteit van zorg (Wkkgz) zijn gewaarborgd, is het niet redelijk te veronderstellen dat de NZa haar bevoegdheid tot het vaststellen van tarieven zo kan gebruiken dat deze wettelijke waarborgen worden doorkruist. Zie, in relatie tot de Zvw, CBb 1 december 2015, ECLI:NL:CBB:2015:370.*

III Model Kwaliteitsstatuut GGZ

Het Model beschrijft “wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording” om geneeskundige GGZ te kunnen verlenen.[35] Het Model bestaat uit drie delen: een algemeen deel, een deel voor vrijgevestigden en een deel voor ggz-instellingen. Het algemene deel is op zowel vrijgevestigden als ggz-instellingen van toepassing.

Het doel van een kwaliteitsstatuut is het beschrijven van de wijze waarop GGZ-aanbieders de zorg voor de individuele cliënt hebben georganiseerd, in het bijzonder de taken, bevoegdheden en relaties van de betrokken professionals. Het kwaliteitsstatuut stimuleert de autonomie en regie van de cliënt en maakt kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening inzichtelijk. Het kwaliteitsstatuut maakt “minimale kwaliteitsaspecten” inzichtelijk voor de cliënt, dient als kader voor werkafspraken en stelt financiers en toezichthouders in de gelegenheid zich een oordeel te vormen over de kwaliteit van zorg.[36]

Het Model bevat vier algemene uitgangspunten:
- de zorgaanbieder richt de zorg zo in dat de cliënt in staat wordt gesteld zo veel mogelijk regie te voeren over de behandeling,
- als er meerdere professionals bij de behandeling betrokken zijn, is een duidelijke rolverdeling vereist; dat vraagt afspraken tussen de betrokken professionals,
- zorgverlening moet altijd voldoen aan wet- en regelgeving, zoals de Wkkgz, de Wet BIG en de Wet BOPZ en
- de afspraken in een kwaliteitsstatuut moeten uitvoerbaar zijn.[37]

Vervolgens beschrijft het Model de *patient journey*: de stappen die een cliënt bij zijn behandeling in de GGZ gebruikelijk doorloopt. Deze stappen zijn (i) voortraject bij de verwijzer, (ii) intake, (iii) diagnostiek, (iv) behandeling en (v) afsluiting en nazorg. Voor elk van de stappen zijn inhoudelijke normen gesteld. Zo bevat het Model enkele onderwerpen die bij de intake aan de orde moeten komen en een lijst van elementen waaruit een behandelplan ten minste moet bestaan.[38]

[35] *Model, p. 6.*

[36] *Model, p. 6-7.*

[37] *Model, p. 7.*

[38] *Model, p. 7-11.*

Het Model benadrukt dat het van belang is dat één van de bij de behandeling betrokken professionals regiebehandelaar is. De regiebehandelaar coördineert de zorg en is aanspreekpunt voor de cliënt. Het algemene deel van Model beschrijft de taken van de regiebehandelaar; in de delen voor vrijgevestigden en GGZ-instellingen is uitgewerkt welke typen professionals in welke gevallen als regiebehandelaar kunnen optreden. Het deel voor GGZ-instellingen beschrijft daarnaast in welke gevallen een psychiater bij de behandeling moet worden betrokken.[39]

Het Model beschrijft enkele maatregelen die aanbieders moeten treffen ten behoeve van "gepast gebruik". Daarmee wordt bedoeld dat niet méér of minder zorg wordt verleend dan noodzakelijk is in het licht van de problematiek van de cliënt. Voorbeelden zijn: werken volgens richtlijnen en zorgstandaarden, regelmatig meten van de effectiviteit van de behandeling en afsluiten van behandelingen als daarmee onvoldoende effect wordt behaald.[40]

Tot slot bevat het Model een groot aantal organisatorische onderwerpen dat in een kwaliteitsstatuut moet zijn vastgelegd. Voor vrijgevestigden zijn dit onder meer: de privacy van de cliënt, meting van cliënttevredenheid, omgang met niet nagekomen afspraken, behandeling van klachten en financiële informatie. Voor GGZ-instellingen zijn dit onder meer: waarborgen voor de bevoegdheid van professionals, procedures voor op- en afschalen van zorg, overleg tussen de bij een behandeling betrokken professionals, een zg. escalatieprocedure voor dit overleg, dossiervoering en informatie-uitwisseling met andere zorgaanbieders.[41]

[39] *Model, p. 11-13, 16 en 19-23.*

[40] *Model, p. 13.*

[41] *Model, p. 17 en 24.*

IV Kwaliteitsstatuut GGZ in prestatie- en tariefbeschikkingen?

IV.1 Inleiding

Het eerste onderdeel van de adviesvraag luidt: kan de NZa het voldoen aan het Model of aan bepaalde elementen daaruit als declaratievoorwaarde vaststellen door het, al dan niet als voorschrift of beperking, onderdeel te maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ?

De NZa heeft de bevoegdheid prestatiebeschrijvingen en tarieven vast te stellen. Aan de vaststelling kan de NZa voorschriften of beperkingen verbinden. De Wmg bevat geen inhoudelijke normering van deze bevoegdheid. De bevoegdheid van de NZa wordt in procedureel opzicht genormeerd doordat zij beleidsregels moet maken over de vast te stellen prestatiebeschrijvingen en tarieven; bepaalde ingrijpende wijzigingen van haar beleidsregels kan de NZa niet uitvoeren zonder een algemene aanwijzing van de minister van VWS. Omdat de bevoegdheid tot het geven van algemene aanwijzingen bij de minister berust, beperkt deze procedurele normering niet de vrijheid van de minister om algemene beslissingen ten aanzien van de prestatie- en tariefregulering te nemen.[42]

De bevoegdheid tot het vaststellen van prestatiebeschrijvingen en tarieven wordt wel op een andere wijze begrensd. Deze bevoegdheid kan uitsluitend worden aangewend voor de doelen met het oog waarop zij in het leven is geroepen: een doelmatige organisatie van zorg en kostenbeheersing.[43]

Het is dus nodig te onderzoeken of het Model, als geheel, in voldoende mate samenhangt met één van deze doelen. Als dit het geval is, kan het voldoen aan het Model onderdeel worden gemaakt van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ.[44] Hierbij wordt in aanmerking genomen dat kwaliteit en doelmatigheid geen elkaar uitsluitende begrippen zijn: een norm in het Model kan de kwaliteit én de doelmatige organisatie van zorg dienen.

Als het Model niet in voldoende mate samenhangt met één van de genoemde doelen, heeft de NZa geen bevoegdheid om het voldoen aan het Model onderdeel te maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ. Dit geldt in het bijzonder als het Model in overwegende mate minimale kwaliteitseisen aan de zorg van GGZ-aanbieders bevat. In dat geval is niet de NZa, maar de IGZ bevoegd op de naleving daarvan toezicht te houden en zo nodig handhavingsmaatregelen te treffen.[45]

In het laatste geval wordt vervolgens onderzocht of bepaalde elementen uit het Model in voldoende mate samenhangen met één van de genoemde doelen.

[42] Zie II.1.

[43] Zie II.1.

[44] Vgl. G.R.J. de Groot, Tarieven in de gezondheidszorg (diss. Utrecht), Deventer: Kluwer 1998, p. 108-109.

[45] Zie II.3.

IV.2 Het Model als geheel

Uit de doelstellingen die het Model zelf formuleert, blijkt dat het document er primair toe strekt te beschrijven welke aspecten de kwaliteit van GGZ omvat en over deze aspecten normen te stellen. Nevendoelstellingen zijn het stimuleren van de regie van de cliënt over de behandeling en de doelmatigheid van de zorgverlening.[46]

De verschillende onderdelen van het Model sluiten aan bij deze doelstellingen. De onderdelen "algemene uitgangspunten", "*patient journey*" en "organisatorische onderwerpen" bevatten onderwerpen die behoren tot de kwaliteit van de zorg, zoals inhoudelijke normen voor de verschillende fasen van de zorg en de verwezenlijking van de rechten van de cliënt.[47]

De onderdelen "regiebehandelaar" en "gepast gebruik" beschrijven eveneens aspecten van de kwaliteit van zorg. De taken van de regiebehandelaar komen in hoge mate overeen met de eisen die in de tuchtrechtspraak worden gesteld aan de "hoofdbehandelaar".[48] Het voorkómen van onder- en overbehandeling hangt nauw samen met het handelen volgens richtlijnen, die invulling geven aan de professionele standaard.[49]

Deze onderdelen raken daarnaast aan de doelmatigheid van GGZ. De aanwijzing van categorieën professionals die in verschillende omstandigheden regiebehandelaar kunnen zijn en de normen voor de betrokkenheid van de regiebehandelaar bij de behandeling hebben directe consequenties voor de kosten die met de verlening van GGZ gemoeid zijn. Ook overbehandeling heeft een direct gevolg voor de kosten voor de verlening van GGZ.

Het Model is niettemin in essentie een kwaliteitsdocument. Dat blijkt uit de naam "Kwaliteitsstatuut", uit de doelstellingen en uit de uitwerking van die doelstellingen. Enkele onderdelen van het Model hebben daarnaast implicaties voor de doelmatigheid van GGZ. Dit maakt naar onze mening echter niet dat het Model als geheel in voldoende mate samenhangt met een doelmatige organisatie van zorg of kostenbeheersing, de doelen van de prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg.

Door het voldoen aan het Model als geheel onderdeel te maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ zou de NZa haar bevoegdheid tot prestatie- en tariefregulering gebruiken voor een doel waarvoor deze bevoegdheid niet is gegeven: het waarborgen van minimumnormen voor de kwaliteit van zorg.

De NZa is daarom niet bevoegd het voldoen aan het Model als geheel onderdeel te maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ.

[46] *Zie III.*

[47] *Vgl. de onderdelen van de begripsomschrijving van "goede zorg" in artikel 2 lid 2 Wkkgz.*

[48] *Zie bijv. CTG 1 april 2008, «GJ» 2008, 83.*

[49] *Artikel 2 lid 2 aanhef en onder b Wkkgz.*

IV.3 Elementen uit het Model

Hierna zal de eerste onderzoeksvraag worden beantwoord voor twee elementen uit het Model.

Het Model wijst de beroepsbeoefenaren aan die in de generalistische basis-GGZ en de gespecialiseerde GGZ als regiebehandelaar kunnen optreden. De typen beroepsbeoefenaren worden omschreven aan de hand van de beroepen en specialisaties van beroepen van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg ("Wet BIG"). Het Model maakt hierbij onderscheid tussen GGZ die wordt aangeboden door vrijgevestigde beroepsbeoefenaren[50] en door GGZ-instellingen.[51]

Deze aanwijzing van beroepsbeoefenaren hangt in voldoende mate samen met de doelmatige organisatie van zorg, één van de doelen van de prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg. De NZa stelt maximumtarieven vast voor generalistische basis-GGZ en gespecialiseerde GGZ. De tarieven voor gespecialiseerde GGZ zijn hoger dan die voor generalistische basis-GGZ. De aanwijzing van beroepsbeoefenaren verzekert dat de zorg waarvoor zorgaanbieders deze tarieven in rekening brengen "waar voor zijn geld" biedt, in de vorm van de inzet van beroepsbeoefenaren met bepaalde kwalificaties.

Het Model beschrijft dat gedurende de behandeling regelmatig meting van de effecten daarvan moet plaatsvinden. Afhankelijk van de uitkomst van deze metingen wordt de behandeling voortgezet, aangepast, overgedragen aan een andere zorgaanbieder of beëindigd.[52]

Ook deze regelmatige effectmetingen hangen in voldoende mate samen met de doelmatige organisatie van zorg. De metingen dragen eraan bij dat behandelingen die niet langer effect hebben, worden beëindigd. Dat voorkomt onnodige kosten. De metingen kunnen ook eraan bijdragen dat behandelingen die te intensief (en daardoor te kostbaar) of te weinig intensief (en daardoor te weinig effectief) zijn, worden aangepast.

Omdat de besproken elementen in voldoende mate samenhangen met de doelen van de prestatie- en tariefregulering op grond van de Wmg, kan de NZa het voldoen daaraan onderdeel maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ.

[50] *Model, p. 15.*

[51] *Model, p. 18 en 21-22.*

[52] *Model, p. 8-9 en 12.*

Het Model bevat voorts elementen die strekken tot verdere concretisering van de hoedanigheid en taken van de regiebehandelaar.[53] Andere elementen stimuleren gepast gebruik.[54] Deze elementen hangen samen met de doelmatige organisatie van zorg, maar moeten nog verder worden uitgewerkt. Afhankelijk van de uitwerking kan de NZa ook het voldoen aan deze elementen onderdeel maken van de prestatie- en tariefbeschikkingen voor GGZ.

[53] Model, p. 10 (betrokkenheid van regiebehandelaar bij feitelijke behandeling).

[54] Model, p. 7 (formuleren doelmatig aanbod), 8 (periodieke evaluatie), 11 (beschikbaarheid diagnostiek en verwijzing), 12 (intervisie), 16 (diagnostiek en consultatie vrijgevestigden), 17 (monitoring en afsluiting behandeling vrijgevestigden) en 20 (multidisciplinair overleg instellingen).

V Kwaliteitsstatuut GGZ in declaratieregel?

Het tweede onderdeel van de adviesvraag luidt: kan de NZa het voldoen aan het Model als declaratievoorwaarde vaststellen door het als voorschrift of beperking op te nemen in een declaratieregel voor GGZ?

Naar onze mening brengt een redelijke uitleg van de Wmg mee dat voorwaarden, voorschriften of beperkingen in een declaratieregel betrekking moeten hebben op het onderwerp van zo'n regel. De wet bepaalt dat declaratieregels gaan over de wijze waarop zorg wordt gedeclareerd, anders gezegd: over het declaratieverkeer.[55]

Het Model heeft betrekking op de inhoud van GGZ-zorg en niet op de wijze waarop die wordt gedeclareerd.

De NZa is daarom niet bevoegd het voldoen aan het Model als geheel als voorschrift of beperking op te nemen in een declaratieregel voor GGZ.[56]

VI Slot

Wij hopen dat dit advies bijdraagt aan de besluitvorming van de minister van VWS. Uiteraard zijn wij graag bereid het advies toe te lichten en VWS verder te assisteren.

AKD

[55] *Zie II.2.*

[56] *De vraag of er elementen uit het model zijn die als voorschrift of beperking kunnen worden opgenomen in een declaratieregel voor GGZ, blijft in dit advies buiten beschouwing.*